



## BÁO CÁO KHUYẾT TẬT

### DISABILITY REPORT

Quyết Định Y Khoa về Khuyết Tật  
DSHS 14-144A

Đơn Báo Cáo Khuyết Tật, DSHS 14-144A, thu thập các chi tiết về khuyết tật, bằng chứng y khoa, và quá trình làm việc của thân chủ để Ban Xác Định Khuyết Tật (DDDS) sử dụng trong việc xác định khuyết tật về mặt y khoa.

Nhân Viên Xã Hội bắt đầu với đơn DSHS 14-144A. Nhân Viên Xã Hội nên để ý tên của nhân viên, Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO), và số điện thoại phải được ghi trên đơn. Đánh dấu vào ô thích hợp để cho biết sự quyết định về khuyết tật được yêu cầu là để xin Trợ Cấp Y Tế Không Tiền Mặt (NGMA) hoặc Chăm Sóc Sức Khỏe cho Nhân Viên bị Khuyết Tật (HWD). Bỏ đơn đã điền xong vào tập hồ sơ xin quyết định về khuyết tật.

1. Nhân Viên Xã Hội điền hết phần đầu để cho biết tên, Số Anh Sinh Xã Hội (SSN), và tình trạng khuyết tật của thân chủ.
2. Nhân Viên Xã Hội có thể giúp thân chủ điền Phần 1 – Chi Tiết Về Bệnh Trạng Của Quý Vì. Ngày không cần phải chính xác, nhưng nên ghi rõ tháng và năm.
3. Nhân Viên Xã Hội có thể giúp thân chủ điền Phần 2 – Chi Tiết Về Hồ Sơ Y Khoa Của Quý Vì. Điều quan trọng là cho biết về các bác sĩ và cách điều trị càng đầy đủ càng tốt.
4. Nhân Viên Xã Hội có thể giúp thân chủ điền Phần 3 – Chi Tiết Về Các Sinh Hoạt Của Quý Vì. Nhân Viên Xã Hội nên xem lại các chi tiết để biết chắc có ghi rõ những giới hạn của thân chủ.
5. Nhân Viên Xã Hội có thể giúp thân chủ điền Phần 4 – Chi Tiết Về Trình Độ Giáo Dục Của Quý Vì. Nên ghi rõ nếu các lớp học trong trường là các lớp Giáo Dục Đặc Biệt.
6. Nhân Viên Xã Hội có thể giúp thân chủ điền Phần 5 – Chi Tiết Về Công Việc Quý Vì Đã Làm. Không cần liệt kê từng hằng sở, chỉ cần cho biết loại doanh nghiệp nào.
7. Nhân Viên Xã Hội có thể giúp thân chủ điền Phần 6 – Những Ghi Nhận. Nhân Viên Xã Hội phải điền các câu từ 2 đến 6.



## BÁO CÁO VỀ KHUYẾT TẬT

## Quyết Định Y Khoa về Khuyết Tật

Đơn này sẽ do nhân viên xã hội điền trong buổi phỏng vấn với người đứng đơn hoặc người đại diện của người đứng đơn. **Xin viết chữ in, đánh máy, hoặc viết rõ ràng và trả lời tất cả mọi câu với hết khả năng của quý vị.** **Trả lời tất cả mọi câu hỏi.** Trả lời đầy đủ sẽ giúp trong việc xúc tiến đơn xin. **Nếu quý vị cần thêm chỗ để trả lời những câu hỏi trong đơn, hãy qua phần 6 hoặc kèm thêm giấy.**

1. TÊN CỦA NGƯỜI ĐỨNG ĐÓN	2. SỐ AN SINH XÃ HỘI	3. SỐ ĐIỆN THOẠI (KỂ CẢ SỐ VÙNG)
---------------------------	----------------------	----------------------------------

#### 4. TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ? GIẢI THÍCH VĂN TẮT VỀ THƯƠNG TÍCH HOẶC CHỨNG BỆNH KHIẾN QUÝ VỊ PHẢI NGHỈ VIỆC

## **PHẦN 1. CHI TIẾT VỀ BỆNH TRẠNG CỦA QUÝ VI**

1. Lần đầukhi quý vị cảm thấy bị bệnh là ngày nào? \_\_\_\_\_

THÁNG	NGÀY	NĂM
-------	------	-----

2A. Quý vị có làm việc saungày ghi trong câu 1 ở trên không? *Nếu quý vị trả lời không, hãy qua câu 3A. và 3B. dưới đây.* .....

2B. **Nếu quý vị trả lời có cho câu 2A.**, bệnh trạng của quý vị có khiến quý vị phải thay đổi:  
 Việc làm hoặc những nhiệm vụ trong công việc của quý vị không? .....    
 Giờ giấc làm việc của quý vị của quý vị không? .....    
 Mức hiện diện của quý vị của quý vị không? .....    
 Bất cứ một điều nào khác về việc làm của quý vị không? .....

2C. **Nếu quý vị trả lời có cho bất cứ câu nào trong phần 2B.**, hãy giải thích những thay đổi đã xảy ra trong hoàn cảnh công việc của quý vị, ngày của sự thay đổi xảy ra, và bệnh trạng của quý vị thế nào khiến quý vị cần có những thay đổi này:

- 3A. Bệnh trạng đã khiến quý vị phải ngưng làm việc từ khi nào \_\_\_\_\_ THÁNG \_\_\_\_\_ NGÀY \_\_\_\_\_ NĂM \_\_\_\_\_  
3B. Xin giải thích bệnh trạng của quý vị ra sao khiến quý vị không thể làm việc được trong lúc này:

## **PHẦN 2. CHI TIẾT VỀ HỒ SƠ Y KHOA CỦA QUÝ VI**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Điền những chi tiết sau đây về bác sĩ có hồ sơ y khoa mới nhất đối với tình trạng khuyết tật của quý vị: | <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu người đứng đơn KHÔNG CÓ bác sĩ. |   |
| TÊN BÁC SĨ  | 3. SỐ ĐIỆN THOẠI (KỂ CẢ SỐ VÙNG)  | QUÝ VỊ ĐẾN GẶP BÁC SĨ NÀY THƯỜNG XUYÊN THẾ NÀO? |
| ĐA CHỈ  |   | NGÀY QUÝ VỊ ĐẾN GẶP BÁC SĨ NÀY <u>LẦN ĐẦU</u>   |
| HỨNG BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA QUÝ VỊ ĐƯỢC XÉT NGHIỆM HOẶC ĐIỀU TRỊ   |   | NGÀY QUÝ VỊ ĐẾN GẶP BÁC SĨ NÀY <u>LẦN CUỐI</u>  |

**LOẠI ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN QUÝ VỊ ĐÃ NHẬN (THÍ ĐƯ NHƯ, GIẢI PHẪU, LIỆU PHÁP HÓA HỌC, QUANG TUYẾN, VÀ NHỮNG LOẠI THUỐC QUÝ VỊ ĐÃ DÙNG CHO CHỨNG BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA MÌNH, NẾU BIẾT.) NẾU KHÔNG CÓ ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN NÀO, HÃY GHI LÀ KHÔNG CÓ.**

2. Quý vị có đến gặp những bác sĩ nào khác kể từ khi tình trạng khuyết tật của quý vị bắt đầu hay không?  Có  Không !Nếu có, xin trả lời những phần sau đây.

TÊN BÁC SĨ	3. SỐ ĐIỆN THOẠI (KỂ CẢ SỐ VÙNG)	QUÝ VỊ ĐẾN GẶP BÁC SĨ NÀY THƯỜNG XUYÊN THẾ NÀO?
ĐỊA CHỈ		NGÀY QUÝ VỊ ĐẾN GẶP BÁC SĨ NÀY <u>LẦN ĐẦU</u>
CHỨNG BỆNH HOẶC THƯỜNG TÍCH CỦA QUÝ VỊ ĐƯỢC XÉT NGHIỆM HOẶC ĐIỀU TRỊ		NGÀY QUÝ VỊ ĐẾN PHÒNG MẠCH BÁC SĨ NÀY <u>LẦN CUỐI</u>

LOẠI ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN QUÝ VỊ ĐÃ NHẬN (THÍ DỤ NHƯ, GIẢI PHẪU, LIỆU PHÁP HÓA HỌC, QUANG TUYẾN, VÀ NHỮNG LOẠI THUỐC QUÝ VỊ ĐÃ DÙNG CHO CHỨNG BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA MÌNH. NẾU BIẾT.) NẾU KHÔNG CÓ ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN NÀO, HÃY GHI LÀ KHÔNG CÓ.

**Nếu quý vị có đến gặp thêm những bác sĩ khác để khám bệnh kể từ khi có chứng bệnh hoặc thương tích này, xin kèm thêm giấy khai với những chi tiết trên.**

**PHẦN 2. CHI TIẾT VỀ HỒ SƠ Y KHOA CỦA QUÝ VỊ (TIẾP THEO)**

3. Quý vị có bao giờ phải vào bệnh viện hoặc được điều trị tại một y viện vì tình trạng khuyết tật của mình hay không?  Có  Không **Nếu có, xin trả lời phần dưới đây.**

TÊN BỆNH VIỆN HOẶC Y VIỆN	ĐỊA CHỈ	
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC SỐ Y VIỆN		
Quý vị có phải là bệnh nhân nội trú (ở lại bệnh viện ít nhất một đêm) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, xin trả lời phần dưới đây.</b>	Quý vị có phải là bệnh nhân ngoại trú không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, quý vị đến bệnh viện vào những ngày nào?</b>	
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC SỐ Y VIỆN	SỐ BỆNH NHÂN HOẶC SỐ Y VIỆN	

CHỨNG BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA QUÝ VỊ ĐƯỢC XÉT NGHIỆM HOẶC ĐIỀU TRỊ

LOẠI ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN QUÝ VỊ ĐÃ NHẬN (THÍ DỤ NHÚ, GIẢI PHẪU, LIỆU PHÁP HÓA HỌC, QUANG TUYẾN, VÀ NHỮNG LOẠI THUỐC QUÝ VỊ ĐÃ DÙNG CHO CHỨNG BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA MÌNH, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CÓ ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN NÀO, HÃY GHI LÀ KHÔNG CÓ.)

4. Nếu quý vị có đến một bệnh viện hoặc y viện khác để điều trị chứng bệnh hoặc thương tích của mình, xin trả lời phần dưới đây:

TÊN CỦA BỆNH VIỆN HOẶC Y VIỆN	ĐỊA CHỈ	
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC SỐ Y VIỆN		
Quý vị có phải là bệnh nhân nội trú (ở lại bệnh viện ít nhất một đêm) hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, xin trả lời phần dưới đây.</b>	Quý vị có phải là bệnh nhân ngoại trú không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, quý vị đến bệnh viện vào những ngày nào?</b>	
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC SỐ Y VIỆN	SỐ BỆNH NHÂN HOẶC SỐ Y VIỆN	

CHỨNG BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA QUÝ VỊ ĐƯỢC XÉT NGHIỆM HOẶC ĐIỀU TRỊ

LOẠI ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN QUÝ VỊ ĐÃ NHẬN (THÍ DỤ NHÚ, GIẢI PHẪU, LIỆU PHÁP HÓA HỌC, QUANG TUYẾN, VÀ NHỮNG LOẠI THUỐC QUÝ VỊ ĐÃ DÙNG CHO CHỨNG BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA MÌNH, NẾU BIẾT.) NẾU KHÔNG CÓ ĐIỀU TRỊ HOẶC THUỐC MEN NÀO, HÃY GHI LÀ KHÔNG CÓ.)

**Nếu quý vị có đến bệnh viện hoặc y viện khác để điều trị chứng bệnh hoặc thương tích của mình, xin cho biết tên, địa chỉ, số bệnh nhân hoặc số y viện, ngày tháng và lý do trong Phần 6. hoặc kèm thêm giấy.**

5. Quý vị có làm những thử nghiệm nào dưới đây trong năm ngoái không? Đánh dấu vào ô thích hợp dưới đây và, nếu trả lời "có," hãy ghi rõ nơi và ngày của cuộc thử nghiệm đó được thực hiện.

THỬ NGHIỆM	CÓ	KHÔNG	NƠI THỬ NGHIỆM	NGÀY THỬ NGHIỆM
Tâm điện đồ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chụp quang tuyến lồng ngực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chụp những loại quang tuyến khác (xin ghi rõ loại):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thử nghiệm hô hấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thử nghiệm máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thử nghiệm khác (xin ghi rõ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Nếu quý vị có thẻ Medicaid, số thẻ của quý vị là: \_\_\_\_\_

**PHẦN 3. CHI TIẾT VỀ CÁC SINH HOẠT CỦA QUÝ VỊ**

1. Bác sĩ của quý vị có nói quý vị phải giảm bớt hoặc hạn chế những sinh hoạt của quý vị không?  Có  Không  
Nếu có, xin ghi rõ tên của bác sĩ dưới đây và cho biết bác sĩ đã nói với quý vị thế nào về việc giảm bớt hoặc hạn chế những sinh hoạt của quý vị.

### PHẦN 3. CHI TIẾT VỀ CÁC SINH HOẠT CỦA QUÝ VỊ (TIẾP THEO)

2. Giải thích về các sinh hoạt hằng ngày của quý vị trong những phương diện sau đây và cho biết quý vị làm những gì và làm bao nhiêu cho mỗi phương diện và mức độ thường xuyên như thế nào.
- Giữ gìn nhà cửa (kể cả nấu nướng, lau chùi, mua sắm, và các việc vặt trong nhà)
  - Các sinh hoạt giải trí và sở thích (săn bắn, câu cá, bowling, đi bộ đường dài [hiking], âm nhạc, v.v.)
  - Tiếp xúc và giao thiệp (thăm viếng bạn bè, thân nhân, hàng xóm)
  - Phương diện khác (lái xe hơi, xe gắn máy, đi xe bus, v.v.)

### PHẦN 4. CHI TIẾT VỀ TRÌNH ĐỘ GIÁO DỤC CỦA QUÝ VỊ

1. Trình độ học vấn cao nhất của quý vị là gì? \_\_\_\_\_ Năm nào? \_\_\_\_\_
2. Quý vị có học nghề hoặc bất cứ một loại huấn luyện đặc biệt nào không?  Có  Không **Nếu có, xin trả lời phần dưới đây.**

LOẠI TRƯỜNG HỌC NGHỀ HOẶC HUẤN LUYỆN	KHOẢNG THỜI GIAN QUÝ VỊ THEO HỌC
--------------------------------------	----------------------------------

VIỆC HỌC NGHỀ HOẶC HUẤN LUYỆN NÀY ĐƯỢC SỬ DỤNG NHƯ THẾ NÀO TRONG CÔNG VIỆC CỦA QUÝ VỊ

### PHẦN 5. CHI TIẾT VỀ CÔNG VIỆC QUÝ VỊ ĐÃ LÀM

1. Liệt kê tất cả những công việc quý vị đã làm trong vòng 15 năm qua trước khi nghỉ làm, bắt đầu với công việc thường lệ của quý vị. Có nghĩa là công việc mà quý vị làm lâu nhất. Nếu quý vị có trình độ học vấn từ lớp 6 trở xuống, VÀ chỉ làm việc lao động tay chân mà không cần khả năng chuyên môn từ 35 năm trở lên, hãy liệt kê tất cả những công việc quý vị đã làm kể từ khi quý vị bắt đầu đi làm. Nếu cần thêm chỗ viết, quý vị có thể kèm thêm giấy hoặc viết trong Phần 6.

CHỨC VỤ CÔNG VIỆC	LOẠI DOANH NGHIỆP	TỪ	ĐẾN	SỐ NGÀY MỖI TUẦN	MỨC LƯƠNG (MỖI GIỜ, NGÀY, TUẦN, THÁNG, HOẶC NĂM)

- 2A. Trong công việc thường lệ được liệt kê ở trên, quý vị có:

Sử dụng bất cứ loại máy móc, đồ nghề, hoặc dụng cụ nào hay không? .....

CÓ  KHÔNG

Sử dụng kiến thức hoặc khả năng kỹ thuật hay không? .....

Viết, làm báo cáo, hoặc làm những bản phận tương tự như vậy hay không? .....

Đảm nhận những trách nhiệm giám sát hay không? .....

- 2B. Giải thích tất cả những câu trả lời có bằng cách miêu tả đầy đủ về: các loại máy móc, đồ nghề, hoặc dụng cụ quý vị đã sử dụng và cách điều khiển quý vị đã thực hiện; kiến thức hoặc khả năng kỹ thuật có liên quan; loại bài viết quý vị đã làm, và bản chất của những báo cáo; và số người quý vị đã quản trị và tầm mức quyền hạn quản trị của quý vị.

## PHẦN 5. CHI TIẾT VỀ CÔNG VIỆC QUÝ VỊ ĐÃ LÀM (TIẾP THEO)

2C. Miêu tả loại và số lượng hoạt động thể lực trong công việc thường lệ của quý vị trong một ngày tiêu biểu bằng cách chọn câu trả lời chính xác nhất dưới đây.

Bao nhiêu giờ trong một ngày quý vị:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  
 Đứng?  0  1  2  3  4  5  6  7  8  
 Ngồi?  0  1  2  3  4  5  6  7  8

Bao nhiêu lần trong một ngày quý vị: Khom lưng?  Không bao giờ  Thỉnh thoảng  Thường xuyên  Luôn luôn  
 Või tay?  Không bao giờ  Thỉnh thoảng  Thường xuyên  Luôn luôn

Nâng lên và khiêng vác: miêu tả vật được nâng lên và khiêng vác bao xa.

Trọng lượng nặng nhất mà quý vị phải nâng lên là bao nhiêu?  10 lbs.  20 lbs.  50 lbs.  100 lbs.  Trên 100 lbs.

Trọng lượng quý vị thường phải nâng lên hoặc  
 khiêng vác là bao nhiêu?  Tối đa 10 lbs.  Tối đa 25 lbs.  Tối đa 50 lbs.  Trên 50 lbs.

## PHẦN 6. NHỮNG GHI NHẬN

- Dùng phần này để có thêm chỗ trả lời cho những câu hỏi trước. Cũng dùng chỗ này để cho biết thêm những chi tiết mà quý vị tin là sẽ giúp ích trong việc đưa ra quyết định về đơn xin xác định khuyết tật của mình (chẳng hạn như những chi tiết về các chứng bệnh hoặc thương tích khác không liệt kê trước đây).

### NHÂN VIÊN XÃ HỘI ĐIỀN VÀO PHẦN NÀY

CÓ  KHÔNG

2. Người đứng đơn có nói được tiếng Anh không? Nếu không, người đó nói tiếng gì: .....

3. Người đứng đơn có cần người giúp trong việc làm đơn của mình không? .....

Nếu có, xin cho biết tên, liên hệ, và số điện thoại của người sẵn sàng giúp người đứng đơn.

4. Có dễ dàng để liên lạc với người đứng đơn (hoặc người đại diện của người đứng đơn) bằng điện thoại mà không bị trở ngại về truyền thông do những khó khăn như ngôn ngữ, tiếng nói hoặc thính giác hay không? .....

5. Đánh dấu vào những khó khăn nào dưới đây, được nhận thấy trong lúc phỏng vấn người đứng đơn, nếu có.

<input type="checkbox"/> Đọc	<input type="checkbox"/> Viết	<input type="checkbox"/> Trả lời câu hỏi	<input type="checkbox"/> Nghe
<input type="checkbox"/> Ngồi	<input type="checkbox"/> Hiểu	<input type="checkbox"/> Sử dụng bàn tay	<input type="checkbox"/> Thở
<input type="checkbox"/> Nhìn	<input type="checkbox"/> Bước đi	<input type="checkbox"/> Khó khăn khác (xin ghi rõ):	

Nếu có bắt cứ những câu nào ở trên được đánh dấu, hãy miêu tả chính xác sự khó khăn bao gồm trong đó:

6. Miêu tả đầy đủ về người đứng đơn (thí dụ như, dáng người, chiều cao, cân nặng, cử chỉ, bắt cứ những khó khăn nào thêm vào hoặc bổ sung cho những chi tiết được ghi nhận ở trên):

CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN XÃ HỘI	NGÀY	TÊN CỦA NHÂN VIÊN XÃ HỘI (ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT CHỮ IN)
SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NHÂN VIÊN XÃ HỘI (KỂ CẢ SỐ VÙNG)		PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG